

Demande de service PSYCHOLOGIE / NEUROPSYCHOLOGIE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : _____
Prénom : _____
Âge : _____

Message confidentiel Oui Non

Téléphone fixe : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

Disponibilité d'appel AM PM Soir Week-end

Langue de service

Français

Anglais

Statut civil

Célibataire

Divorcé(e)

Marié(e)

Veuf(ve)

Conjoin(e) de fait

Scolarité complétée

Secondaire

Université, Bacc.

DEP

Université, Maîtrise

Cégep

Université, Doctorat

Occupation

Étudiant(e)

Employé(e)

Travailleur(se)

Retraité(e)

Invalidité

Sans emploi

Programme d'aide

Croix Bleue

CNESST

SAAQ

Santé Canada

IVAC

Autre

SUIVI MÉDICAL

Médecin de famille : _____

Médecin psychiatre : _____

Condition(s) médicale(s) : _____

Diagnostic neuropsychologique ou neurodéveloppemental : _____

Médicament(s) : _____

Hospitalisation(s)

Date : _____ Durée : _____
Motif : _____

Date : _____ Durée : _____
Motif : _____

Date : _____ Durée : _____
Motif : _____

Suivi(s) professionnel(s) (ex : physio, psychologue, ressources en toxicomanie, etc.)

Date : _____ Durée : _____
Motif : _____

Date : _____ Durée : _____
Motif : _____

Date : _____ Durée : _____
Motif : _____

RAISONS DE LA DEMANDE DE SERVICE

Psychologie

Neuropsychologie

Groupe (spécifiez le thème qui vous intéresse)

Description de vos besoins :

Toute autre information pertinente :

SIGNATURE

Client(e) (si 14 ans ou plus) ou sa(son) représentant(e)

Date

RÉFÉRENT (si applicable)

Référé(e) par : _____

Titre : _____

Établissement : _____

Tél. : _____

Date : _____